

Oczekiwania pracodawców reprezentujących pomoc społeczną jako potencjalnych pracodawców absolwentów kierunku: zdrowie publiczne

Wstęp

Artykuł składa się z dwóch części. W pierwszej – na tle procesów transformacji społecznej – scharakteryzowano misję instytucji pomocy społecznej w zdrowiu publicznym. W drugiej – przedstawiono wyniki projektu Leonardo da Vinci – sondażu opinii pracodawców reprezentujących pomoc społeczną – na temat przewidywanych przez nich możliwości zatrudnienia absolwentów kierunku: zdrowie publiczne w tej instytucji.

Procesy rozwarstwienia społeczeństwa jako uzasadnienie dla powstania nowej instytucji społecznej

Od 1990 roku społeczeństwo polskie poddawane jest zmianom, które określa się mianem transformacji ustrojowej. W rzeczywistości są to procesy społeczne, które przeobrażają instytucję ekonomiczną i polityczną w kierunku takiego ładu instytucjonalnego, który właściwy jest społeczeństwu opartym na gospodarce rynkowej i demokratycznym systemie politycznym. Procesy te łączą się z innymi procesami rozwoju społecznego, a ich przejawem jest „zamykanie” fazy rozwoju społeczeństwa przemysłowego i „otwieranie” cyklu rozwoju społeczeństwa postindustrialnego. O procesach tych świadczy spadek znaczenia oraz zmniejszanie się „sektorów przemysłowych” (np. górnictwa i kopalnictwa) i rozbudowywanie tzw. nieprodukcyjnych sektorów, takich jak np. „pośrednic-

two finansowe”, „ochrona zdrowia i opieka socjalna”, „edukacja”¹. Dokonujące się zmiany stały się źródłem nowych i żywiłowo rozwijających się procesów rozwarstwiania społeczeństwa, czego najbardziej drastycznym przejawem jest masowe ubożenie różnych kategorii zawodowych oraz wysokie, strukturalne i długotrwałe bezrobocie. Najbardziej istotnymi zdrowotnymi skutkami narażających różnic społecznych jest obniżenie się jakości życia, które w miarach dobrostanu psychicznego wykazują niskie oceny z zadowolenia z życia i poczucia szczęścia oraz słabszą wolę życia, a także natężenie symptomów depresji i skłonności samobójczych².

Ubóstwo od dawna skupia uwagę polityków i organizatorów opieki zdrowotnej. W kręgu kultury anglosaskiej od lat obserwowany jest wpływ niskiego dochodu na zdrowie oraz wpływ bezrobocia na zdrowie.

Niski dochód, jako ważną determinantę zdrowia, wskazała M. Blaxter w badaniach „Zdrowie i styl życia”, prowadzonych w Wielkiej Brytanii w latach 1981–1982. Stwierdziła, iż badana populacja wykazywała dużą wrażliwość na różne czynniki społeczne i ekonomiczne, szczególnie osoby w tzw. średnim wieku. W kategorii osób z niskim dochodem ta wrażliwość manifestowała się na co dzień zwiększoną podatnością na infekcje i niedożywieniem. Zdaniem Autorki, chociaż w społeczeństwie brytyjskim „choroby ubóstwa” nie mogą być przyczyną zgonu, to jednak ubóstwo może być pierwotną przyczyną lub usposabiać do wystąpienia chorób nowotworowych, chorób naczyń krwionośnych, wypadków, a w przyszłości nawet AIDS. Niski dochód jest specyficznym czynnikiem ryzyka; chociaż nie może być utożsamiany z brakiem społecznego wsparcia, może być wskaźnikiem sygnalizującym braki w różnych zasobach. Zdaniem tej Autorki – skutki niskiego dochodu są groźne, gdyż kumulują się i warunkują natężenie występowania niektórych chorób³.

Pierwszym badaczem, który udowodnił, iż silne wahania w rocznych ogólnych wskaźnikach zgonów dla USA można wyjaśnić, korelując je ze zmieniającym się poziomem bezrobocia, był M. Brenner (1977). W jego opinii pięcioletnie skutki bezrobocia są dwójakiego rodzaju: po pierwsze bezrobocie obniża dochód rodziny i w konsekwencji obniża standard życia. Po drugie: osobista utrata znaczenia i możliwości realizacji celów zawodowych oraz doświadczenie bezrobocia wywołują lęk przed przyszłością i napięcia w rodzinie. Rezultatem jest podatność na ciosy i chorobę. Konkludując, Brenner ocenił, iż 1% wzrostu bezrobocia i utrzymywanie się tego poziomu przez 5 lat powoduje około 37 tys. zgonów. Podobne rezultaty otrzymano w analizach przeprowadzonych w Anglii i Walii oraz w Szwecji⁴.

¹ Rocznik Statystyczny RP 2001. S. GUS, Warszawa 2003.

² Diagnoza społeczna 2000 (praca zbiorowa). Rada Monitoringu Społecznego. W.Sz.P.T.W.P. Rada Główna PTS – BBiAS, Warszawa 2001.

³ M. Blaxter, *Health and Life Styles*, London–New York 1990.

⁴ R.M. Fitzpatrick, *Society and Changing Patterns of Disease* [w:] *Sociology as Applied to Medicine*, London 1995.

Analizując narodowe statystyki w zakresie incydentów niedokrwiennej choroby serca w Australii podczas recesji gospodarczej, charakteryzującej się wysokim poziomem bezrobocia, inny badacz, A. Bunn (1979), ustalił, iż sytuacji tej towarzyszył nie tylko wysoki poziom zgonów z powodu chorób układu krążenia, ale również wyraźny wzrost liczby przepisywanych leków. Wykazano, iż taki bodziec jak recesja wywołuje wzrost zachorowalności na choroby układu krążenia i w konsekwencji ogólny wzrost przepisywanych leków⁵.

W kilku brytyjskich badaniach: „Bezrobocie i analiza zdrowia grupy” (1986), „Brytyjska regionalna analiza serca” (1982), „OPCS analiza longitudinalna” (1971 i 1981) oraz w „Przeglądowych powszechnych badaniach rodzin” uzyskano zgodne, wysokie wskaźniki deklarowanych długotrwałych „unieruchamiających” chorób wśród bezrobotnych. Na przykład, w porównywanych latach 1981 i 1982 wskaźniki te kształtowały się odpowiednio: od 7% wśród osób w wieku 20–29 lat do 19% wśród osób w wieku 50–59 lat i 11% dla osób w wieku 20–29 lat oraz 33% dla badanych w wieku 50–59 lat. W klasycznych badaniach „OPCS analiza longitudinalna” z 1971 roku, dotyczących mężczyzn „poszukujących pracy” z V klasy społecznej, potwierdzono hipotetyczne wysokie wskaźniki zgonów oraz wystąpienie samobójstw i prób samobójczych – przy założeniu, iż w momencie stawiania się bezrobotnymi populacja ta była zdrowa. Podobne badania przeprowadzono w 1981 roku. Potwierdziły one poprzednie wyniki, stwierdzono też rosnącą zależność wszystkich negatywnych wskaźników wraz z wydłużaniem się czasu pozostawania bez pracy. Badania te rozszerzono o analizy zdrowia domowników bezrobotnych mężczyzn. Stwierdzono również zwiększoną umieralność wśród żon bezrobotnych z 1971 roku oraz niską kondycję zdrowotną ich dzieci⁶.

Obserwacje wpływu bezrobocia na zdrowie są w Wielkiej Brytanii od lat przedmiotem dyskusji. Doprowadziła ona do alternatywnych wniosków. Zdaniem badaczy, z jednej strony skutki zdrowotne bezrobocia są związane z przeżyciem utraty pracy i obniżonym dochodem, co wywołuje niekorzystną zmianę zachowań (np. wzrost wypalanych papierosów, popadanie w alkoholizm). Z drugiej strony, dowiedziono, iż ten, kto posiada gorsze zdrowie, ma największe ryzyko zostać bezrobotnym. W społeczeństwie brytyjskim bezrobocie nie rozkłada się równomiernie w strukturze społecznej, ale koncentruje w najniższych klasach społecznych (IV i V)⁷. W polityce zdrowotnej Wielkiej Brytanii uwzględnia się te problemy i podejmuje działania mające na celu zmniejszanie klasowych różnic w zdrowiu. W regionach dotkniętych tzw. restrukturyzacją, gdzie w społecznościach przeważają osoby z niskich klas społecznych (IV i V), zwiększa się dostępność do podstawowej opieki zdrowotnej oraz rozszerza zakres pomocy społecznej⁸.

⁵ Tamże, s. 14.

⁶ M. Blaxter, *Health and Life Styles*, London–New York 1990, s. 88.

⁷ Tamże, s. 87.

⁸ L. Przewoźniak, *Społeczne uwarunkowania zdrowia* [w:] A. Czupryna, S. Poździejch, A. Ryś (red.), *Zdrowie publiczne*, t. 1, Kraków 2000.

W Polsce brak tego rodzaju badań. Narodowy Program Zdrowia na lata 1996–2005 jest pierwszym dokumentem politycznym, w którym anonsuje się sytuację społeczną jako ryzyko dla zdrowia jednostki. Dotyczy tzw. zagrożeń w środowisku społecznym, za które uznano m.in.: ogólny wzrost cen w stosunku do spadku dochodów realnych i zubożenie wielu grup ludności (rolników, pracowników sektora państwowego) oraz bezrobocie manifestujące się wyjątkowo wysokim poziomem oraz dynamiką wzrostu w okresie ostatnich 13 lat: od 6,3% w roku 1990 do 20,6% w styczniu 2004 roku⁹. W dokumencie tym wskazuje się również indywidualne, głównie psychiczne, konsekwencje tych sytuacji, takie jak: osłabienie więzi rodzinnych/społecznych, poczucie utraty możliwości kierowania własnym życiem i poczucie braku oparcia społecznego¹⁰.

Konieczność podjęcia systematycznych analiz dotyczących pozycji społeczno-ekonomicznej jako zmiennej różnicującej występowanie problemów zdrowotnych w Polsce poruszyła również Antonina Ostrowska (publikacja *Styl życia a zdrowie*). Zdaniem tej Autorki, istnienie w społeczeństwie polskim różnych zdrowotnych determinowanych pozycją społeczną potwierdzone zostało wynikami badań socjologicznych oraz analizami GUS, ukierunkowanymi na problematykę zdrowia¹¹.

Podsumowanie

W Polsce istnieje potrzeba systematycznych badań nad zdrowotnymi konsekwencjami ubóstwa. Koniecznością staje się monitorowanie tych procesów społecznych, które różnicują społeczeństwo i przyczyniają się do popadania ludzi w ubóstwo. Znaczenie tych problemów dla tworzenia polityki zdrowotnej/społecznej udowodniono w analizach brytyjskich.

Również eksperci Światowej Organizacji Zdrowia ubóstwo – czy to definiowane na podstawie dochodów, statusu społeczno-ekonomicznego, warunków życia, czy poziomu wykształcenia – zaliczyli do najistotniejszych, pojedynczych uwarunkowań zdrowia. Stwierdzili, iż życie w ubóstwie kojarzone jest z najwyższymi wskaźnikami stosowania różnych substancji (tytoniu, alkoholu, narkotyków), z depresją, samobójstwami, zachowaniami aspołecznymi i przemocą. Wskazali też na ryzyko wynikające ze spożywania niebezpiecznej żywności oraz szeroki zakres dolegliwości fizycznych. W opinii tych ekspertów, liczba ludności w społeczeństwach europejskich, która aktualnie narażona jest na doświadczanie ubóstwa jest wysoka i wzrasta. Nawet w zasobnych społeczeństwach wzrasta dysproporcja w zdrowiu, równoległe do narastających podziałów różnych grup społeczno-ekonomicznych całego społeczeństwa w ciągu życia¹².

⁹ Strona internetowa M.G.P.iP.S. z dnia 11.03.04.

¹⁰ Narodowy Program Zdrowia 1996–2005. Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego programu Zdrowia. MZiOŚ, Warszawa 1996: 17–19.

¹¹ A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie*, Warszawa 1999: 129–136.

¹² Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa–Kraków 2001.

Misja pomocy społecznej w zdrowiu publicznym

Główny ciężar zmagania się z ubóstwem spoczywa w Polsce na pomocy społecznej. Instytucja ta została wyodrębniona ze struktury opieki zdrowotnej w 1990 roku, na podstawie Ustawy z dnia 29 listopada 1990 r. „O pomocy społecznej” (DzU Nr 87 z 17 XII 1990), a jej struktura, zadania oraz wymagania kadrowe zmieniają się. Świadczą o tym dokonujące się na przestrzeni 14 lat zmiany w zakresie podmiotowym ustawy oraz zmiana wymagań w zakresie kwalifikacji zawodowych profesji zatrudnianych w strukturze¹³.

Do 1990 roku, kiedy pomoc społeczna była zintegrowana z opieką zdrowotną, świadczenia polegały na udzielaniu pomocy osobom bez środków do życia i wymagających opieki, a zadanie to realizowano na podstawie ustawy o ochronie zdrowia z 1923 roku. Głównie były to usługi medyczno-opiekuńcze, gdyż podopiecznymi/klientami zostawały na ogół osoby starsze, obłożnie chore lub dotknięte chorobą społeczną (np. alkoholizm, gruźlica) i niepełnosprawne, przebywające w domach pomocy społecznej. W 1990 roku, kiedy bezrobocie stało się jawne a ubóstwo – kwestią społeczną, przystąpiono do organizowania systemu pomocy społecznej podległego Ministerstwu Pracy i Polityki Socjalnej (Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Socjalnej od 2004)¹⁴.

Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia (art. 1.1. ustawy).

Najważniejszym zadaniem tej instytucji jest diagnozowanie przyczyn ubóstwa i zapobieganie jego konsekwencjom. W ustawie wymienia się również inne, konkretne sytuacje uprawniające osobę/rodzinę do świadczeń pomocy społecznej, takie jak: sieroctwo, bezdomność, ochrona macierzyństwa, bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwała choroba, bezradność w sprawach opiekuńczych, alkoholizm i narkomania, trudności w przystosowaniu do życia po opuszczeniu zakładu karnego (Dział I, rozdz. 2, art. 3 ustawy).

W celu umożliwienia pomocy osobom/rodzinom w przezwyciężeniu trudności życiowych przewiduje się rozwój stosownych metod działania (Dział I, rozdz. 2, art. 8 ustawy). Do najważniejszych z nich zaliczyć można: przyznawanie i wypłacanie przewidzianych ustawą świadczeń, pobudzanie społecznej aktywności w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych osób i rodzin oraz pracę socjalną, rozumianą jako działalność skierowaną na pomaganie osobom i rodzinom we wzmocnieniu lub odzyskaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie oraz na tworzenie warunków sprzyjających temu celowi.

¹³ DzU 1998 r. Nr 106 poz. 668; DzU 1998 r. Nr 117 poz. 756, DzU 1998 r. Nr 162 poz. 1118, DzU, 1999 r. Nr 20, poz. 170, DzU 1999 r. Nr 79 poz. 885, DzU 1999 r. Nr 90 poz. 1001, DzU 2000 r. Nr 12, poz. 136, DzU 2000 r. Nr 19 poz. 238. MP 1997 r. Nr 11 poz. 79, MP 1998 r. Nr 5 poz. 90, MP 1999 r. nr 15 poz. 208.

¹⁴ N. Goodman, *Wstęp do socjologii*, Poznań 1997.

Struktura pomocy społecznej jest ściśle związana z trójstopniowym podziałem administracyjnym państwa oraz z zasadą decentralizacji władzy. Podstawy tworzą gminne ośrodki pomocy społecznej (GOPS, MOPS, MGOPS), następnie powiatowe centra pomocy rodzinie (PCPR), a na szczeblu regionu – regionalne ośrodki polityki społecznej (ROPS).

Dawnych 17 miast wojewódzkich odbiega swoją strukturą od tej zasady; łącząc zadania gminy i powiatu oraz, podejmując rządowe zadania zlecone, tworzą miejskie ośrodki pomocy społecznej (MOPS, MOPR). Instytucja pomocy społecznej posiada zróżnicowaną strukturę; największymi organizacjami są ośrodki pomocy ulokowane w 17 dawnych miastach wojewódzkich, najmniejsze to 3-osobowe zespoły pracowników socjalnych w gminach wiejskich.

Przy ministrze gospodarki, pracy i polityki społecznej tworzona jest 30-osobowa Rada Pomocy Społecznej, będąca organem opiniodawczo-doradczym w sprawach pomocy społecznej (Dział III, rozdz. 3 ustawy).

Podsumowanie

Analiza misji i celów instytucji pomocy społecznej wskazuje, iż są one powołane w celu ochrony zdrowia społeczeństwa. To nowa instytucja, która od 1990 roku buduje swoją tożsamość instytucjonalną, organizuje się wokół nowych potrzeb i buduje lokalne strategie rozwiązywania problemów, a także realizuje własną strategię zatrudnieniową.

Instytucja pomocy społecznej jako potencjalny rynek zatrudnienia absolwenta kierunku: zdrowie publiczne – potencjalne pozycje zawodowe i role

Przepisy określające kwalifikacje pracowników pomocy społecznej od 1990 roku ulegały zmianie. W pierwszej wersji ustawy z 1990 roku (Dział III, rozdz. 2. art. 49.1.) zakładano, iż „pracownikiem socjalnym może być osoba, która ma odpowiednie kwalifikacje zawodowe, tzn. ukończoną szkołę pracowników socjalnych lub studia wyższe o kierunkach: praca socjalna, polityka społeczna, resocjalizacja, socjologia, pedagogika, psychologia lub inne pokrewne”. Przewidywano również możliwość zatrudnienia innych profesji niewymienionych ww. artykule, pod warunkiem jednak ukończenia specjalizacji w zakresie organizacji pomocy społecznej bądź pokrewnych studiów podyplomowych (Dział III, rozdz. 2. art. 49.2.).

W znowelizowanej wersji (Ustawa z dnia 29 listopada 1990 o pomocy społecznej – tekst jednolity DzU 1998 r. Nr 64 poz. 414) artykuł ten został zmieniony i następująco sprecyzowany: „pracownikiem socjalnym może być osoba, która ma odpowiednie kwalifikacje zawodowe, tzn. ukończoną szkołę pracowników socjalnych lub studia wyższe o kierunkach: pedagogika, politologia i nauki społeczne, socjologia, psychologia” (Dział III, rozdz. 2. art. 49.1. ustawy).

Ustawa z dnia 29 listopada 1990 o pomocy społecznej (tekst jednolity: DzU 1998 r. Nr 64, poz. 414) określa kwalifikacje, zakres zadań oraz prawa pracownika socjalnego. Kolejny artykuł (51a.1. Dział III, rozdz. 2 ww. ustawy) określa również warunki, które muszą spełniać osoby zatrudnione na stanowiskach kierowniczych w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej; m.in. 3-letni staż pracy w pomocy społecznej oraz ukończenie specjalizacji z zakresu organizacji pomocy społecznej.

Podsumowując te zapisy ustawy, można stwierdzić, iż w świetle obowiązującej ustawy możliwości zatrudnienia absolwenta kierunku: zdrowie publiczne w strukturze pomocy wydają się ograniczone – przynajmniej jako pracownika socjalnego, a także na stanowisku kierownika filii miejskiego ośrodka pomocy społecznej.

Jednak instytucja pomocy społecznej, charakteryzująca się dużą dynamiką rozwoju oraz różnorodną i złożoną strukturą, może być obszarem zatrudnienia dla absolwenta kierunku: zdrowie publiczne. Rozbudowa instytucji oraz zarządzanie różnorodnym serwisem stworzyły zapotrzebowanie na zatrudnianie różnych profesjonalistów. Instytucja pomocy społecznej jest rynkiem pracy oferującym setki stanowisk pracy o różnym zakresie zadań, różnym zakresie autonomii/władzy. Dlatego właśnie może być atrakcyjna dla absolwenta wskazanego kierunku. Poniżej wymieniono stanowiska i funkcje, które mogą być dostępne dla takiego absolwenta, w świetle obowiązujących norm oraz programu edukacji realizowanego w Instytucie Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Stanowiska szeregowie w zarządzie dużych ośrodków pomocy:

- pracownik działu organizacyjnego zarządu MOPS,
- pracownik działu planowania zarządu MOPS,
- pracownik działu pomocy osobom starszym i niepełnosprawnym zarządu MOPS,
- pracownik działu rehabilitacji zawodowej i społecznej zarządu MOPS,
- pracownik administracyjny różnych domów pomocy społecznej,
- pracownik administracyjny placówek opiekuńczo-wychowawczych.

Stanowiska średniego szczebla zarządzania – kierownicze w zarządzie dużych ośrodków pomocy:

- kierownik działu organizacyjnego zarządu MOPS,
- kierownik działu planowania zarządu MOPS,
- kierownik działu rehabilitacji zawodowej i społecznej zarządu MOPS.

Stanowiska menedżerskie:

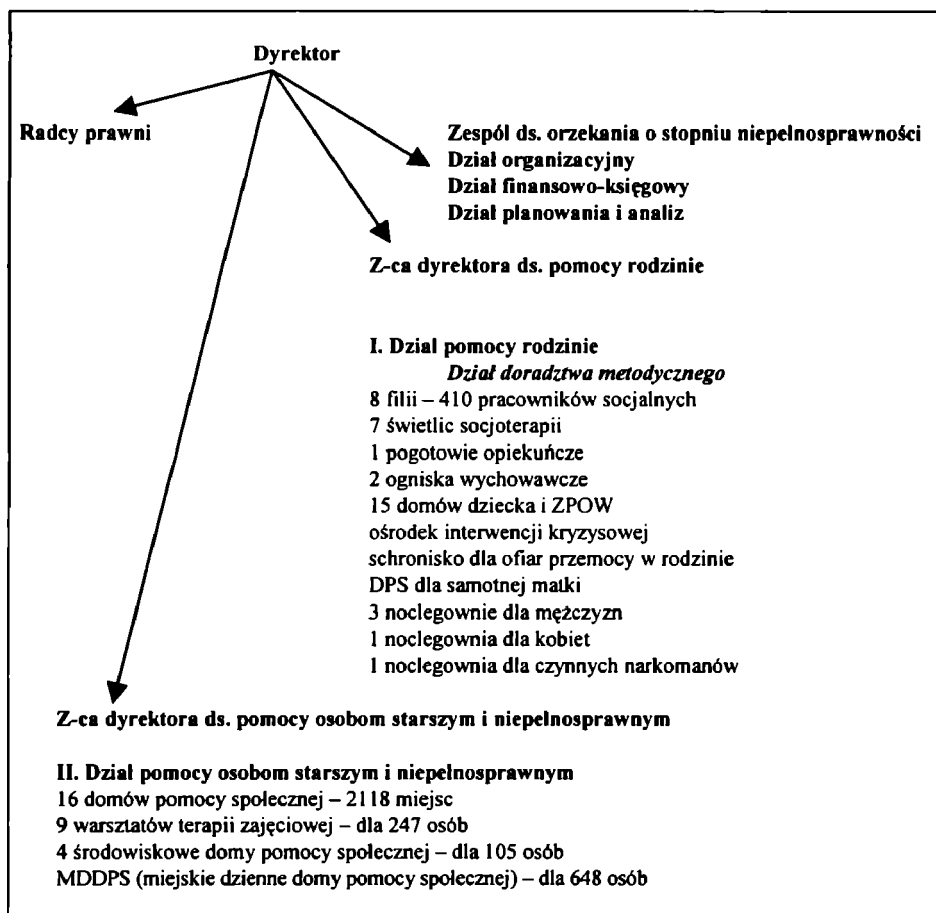
- dyrektor różnych domów pomocy społecznej,
- dyrektor placówek opiekuńczo-wychowawczych oraz ośrodków wsparcia dla rodziny,
- z-ca dyrektora ds. pomocy rodzinie w CPR lub MOPS,
- z-ca dyrektora ds. pomocy osobom starszym i niepełnosprawnym w CPR lub MOPS,
- dyrektor PCPR lub MOPS.

Podsumowanie

Ze względu na obowiązujące regulacje pozycja i rola pracownika socjalnego, a zatem kierownika filii MOPS, nie jest dostępna dla absolwenta zdrowia publicznego. Otwarcie dostępu do pełnienia tych ról wymagałoby zmian ustawodawczych oraz szerokich zmian w programie studiów. W rozdziale sporządzono listę stanowisk w administracji dużych/miejskich ośrodków pomocy społecznej, które są dostępne dla absolwenta zdrowia publicznego w instytucji pomocy społecznej w świetle obowiązujących regulacji ustawowych.

Tabela 1

Zarys struktury ośrodka pomocy w mieście X



Źródło: schemat organizacyjny MOPS w mieście X.

Domy pomocy społecznej jako potencjalny rynek pracy absolwenta kierunku: zdrowie publiczne

W zależności od zakresu świadczonych usług dzielą się na: stacjonarne – zapewniające całodobową opiekę oraz półstacjonarne – czasowego pobytu, tj. dzienne domy lub ośrodki opiekuńcze o charakterze ponadlokalnym, zapewniające całodzienny pobyt lub nocleg. Zakres świadczonych w tych placówkach usług określany jest w zależności od potrzeb występujących na terenie województwa.

Domy, w zależności od tego, dla jakich osób są przeznaczone, dzielą się na domy dla: ludzi starych, osób umysłowo upośledzonych, bezdomnych, inwalidów (niepełnosprawnych), przewlekle chorych oraz samotnych kobiet w ciąży, samotnych matek z małoletnimi dziećmi. Zakres i poziom świadczeń domu powinien być dostosowany do potrzeb mieszkańców (rozporządzenie MPiPS w sprawie domów pomocy społecznej z dnia 2 lutego 1993 r., poz. 2. p.1–4).

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej określa liczbę ponadgminnych domów pomocy na 760, w których zatrudnionych jest 7139 pracowników.

Tabela 2

Ponadgminne domy pomocy społecznej – stan na 31 XII 1999 r.

Domy	760
Miejsca	70 133
Liczba mieszkańców	69 024

Źródło: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pomocy Społecznej: Wybrane informacje o ponadgminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy i mieszkaniach chronionych.

Tabela 3

Zatrudnienie w ponadgminnych domach pomocy społecznej – stan na 31 XII 1999 r.

Ogółem zatrudnienie	Kategorie zatrudnionych				
	Kierujący jednostkami organizacyjnymi	Zatrudnieni w jednostkach opiekuńczo-terapeutycznych	Zatrudnieni w jednostkach medyczno-rehabilitacyjnych	Administracja	Pracownicy gospodarczy i obsługi
7 139	194	2 602	1 303	621	2 419

Źródło: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pomocy Społecznej: Wybrane informacje o ponadgminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy i mieszkaniach chronionych.

Podsumowanie

Domy pomocy społecznej mogą stanowić potencjalny rynek pracy absolwenta kierunku: zdrowie publiczne. Podobnie jak szpitale, wymagają one sprawnego zarządzania, a charakter i struktura wielu z nich może być porównywalna do szpitala i/lub zakładu opieki pielęgniarstwa. Szeregowie stanowiska w administracji, kierownicze i menedżerskie wymienić można jako potencjalne miejsca zatrudnienia dla absolwenta kierunku: zdrowie publiczne. Warto nadmienić, iż wymienione w ustawie o pomocy społecznej kierunki studiów, które umożliwiają podjęcie roli pracownika socjalnego, jak dotąd w swoich programach kształcenia nie uwzględniają problematyki zarządzania.

Opinie pracodawców reprezentujących instytucje pomocy społecznej na temat możliwości zatrudnienia absolwenta kierunku: zdrowie publiczne

Charakterystyka badanej populacji

W badaniach uczestniczyło 61 respondentów, wśród których było 22 (36,1%) dyrektorów, 8 (13,1%) kierowników działów i 8 (13,1%) pracowników administracyjnych. Stosunkowo liczną kategorię – 23 osoby (37,7%) – stanowili respondenci, którzy niejasno określili swoje stanowisko w strukturze organizacji.

Tabela 4

Charakterystyka respondentów według zajmowanej pozycji w strukturze organizacji

Stanowisko	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
Dyrektor	22	36,1
Kierownik	8	13,1
Pracownik administracji	8	13,1
Trudne do określenia wg założonych kryteriów władza/autonomia	23	37,7
Razem	61	100,0

Jak wynika z zamieszczonej poniżej tabeli, największe zainteresowanie badaniami wykazali respondenci z pomocy społecznej z małych miast 28 osób (45,9%) i średniej wielkości miast – 31 osób (50,8%).

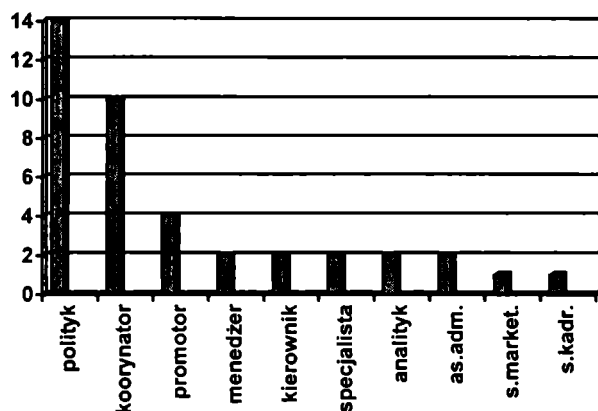
Tabela 5

Charakterystyka respondentów według liczby mieszkańców miasta

Liczba mieszkańców	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
Poniżej 50 000 mieszkańców	28	45,9
50 000–200 000 mieszkańców	31	50,8
Powyżej 200 000 mieszkańców	2	3,3
Razem	61	100,0

Stanowiska dla absolwenta kierunku: zdrowie publiczne przewidywane przez pracodawców w instytucji pomocy społecznej

Spośród 70 odpowiedzi udzielonych przez respondentów z tego sektora na temat możliwości zatrudnienia absolwenta kierunku: zdrowie publiczne, w 3 przypadkach (4,9%) nie przewidywano możliwości zatrudnienia absolwenta tego kierunku, a w 2 (3,3%) nie udzielono odpowiedzi. Część osób, bo 21 respondentów (22,9%), wskazywało pozycje/role, których absolwent tego kierunku nie może podjąć, gdyż nie jest do nich przygotowany, np. psychoterapeuta, albo jego zatrudnienie byłoby nielegalne w świetle regulacji ustawy o pomocy społecznej, np. pracownik socjalny. Charakterystyka przewidywanych pozycji/ról została dokonana na podstawie 47 odpowiedzi (77,1%) respondentów. Wśród przewidywanych ról zawodowych najwięcej propozycji dotyczyło zatrudnienia jako planisty – 14 (22,9%) oraz jako koordynatora – 10 odpowiedzi (16,4%). W przeciwieństwie do innych instytucji – zatrudnienie w roli promotora/edukatora zdrowia przewidują 4 osoby (6,6%). Jak ilustruje kolejna tabela, przewidywanie zatrudnienia w pozostałych rolach, takich jak: menedżer, kierownik, specjalista, analityk, specjalista w dziedzinie marketingu lub zasobów ludzkich – było niewielkie; 1 (1,6%) – 2 (3,3%) odpowiedzi. Szczegółowy rozkład odpowiedzi odnośnie do proponowanych pozycji/ról w instytucji ilustruje kolejna tabela.



Rys. 1. Role zawodowe proponowane w instytucji pomocy społecznej

W ramach zaproponowanych ról respondenci zaproponowali 18 (29,5%) stanowisk szeregowych oraz 14 (23%) stanowisk specjalistycznych.

Tabela 6

Proponowane pozycje w strukturze organizacji

Nazwa pozycji	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
Menedżer/dyrektor	3	4,9
Kierownik	2	3,3
Specjalista	14	23,0
Stanowisko szeregowe	18	29,5
Nie dotyczy	24	39,3
Razem	61	100,0

Podsumowanie

Pomoc społeczna jest nową instytucją społeczną. Struktura uzyskanych odpowiedzi wskazuje na istnienie zapotrzebowania na zatrudnienie różnych profesji. Zgodnie z wynikami wcześniejszej analizy ustawy o pomocy społecznej – respondenci przewidywali zatrudnienie absolwenta kierunku: zdrowie publiczne w działach organizacyjnym i planowania. Chociaż przewidywane role są związane z trudnym obszarem działania instytucji – to w ich ramach proponowana przez respondentów ścieżka kariery obejmowała jedynie szeregowe i/lub samodzielne stanowiska. Około 24 respondentów nie było zorientowanych w specyfice programu magisterskiego kierunku: zdrowie publiczne – stąd przewidywanie zatrudnienia niezgodne z profilem tych studiów lub ustawą o pomocy społecznej.

Najważniejsze kompetencje magistra kierunku: zdrowie publiczne w opiniach pracodawców z instytucji pomocy społecznej

Kompetencje ogólne/podstawowe

W tej kategorii 53 (86%) odpowiadających najwyżej, czyli jako „niezbędne” i „bardzo ważne”, oceniło dwie kompetencje: „odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje oraz zaangażowanie się w pracę zawodową”. Warto dodać, że obydwie uzyskały najwyższe średnie, obliczone z wszystkich wartości ocen przypisywanych przez respondentów kompetencjom badanych ankietą: odpowiednio 4,52 i 4,50.

Tabela 7

Rozkład odpowiedzi dotyczących oceny kompetencji ogólnych/podstawowych

Lp.	Lista kompetencji	Średnia	Rozkład odpowiedzi					Suma odpowiedzi
			Mало ważna	Dosyć ważna	Ważna	Bardzo ważna	Niezbędna	
1	Odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje.	4,52	1	0	5	16	37	59
2	Zaangażowanie w pracę zawodową.	4,50	2	1	5	22	29	59
3	Wywiązywanie się z zadań bez nadzoru.	4,27	1	1	5	33	19	59
4	Dostosowywanie się do wymagań stanowiska pracy.	3,92	1	2	19	24	12	58
5	Wykonywanie obowiązków w stresujących warunkach.	3,50	2	5	16	25	11	59
6	Dostosowywanie się do zmian: stanowiska, harmonogramu, w strukturze instytucji.	3,36	1	6	23	25	5	60

W tej kategorii kompetencji najniżej oceniono „dostosowywanie się do zmian: stanowiska, harmonogramu, w strukturze instytucji” – tylko 5 (8,2%) respondentów uznało ją za „niezbędną”.

Generalnie, 3 z tej kategorii kompetencji respondenci w zdecydowanej większości ocenili jako „niezbędne” lub „bardzo ważne”. W przypadku następnych 3, oceny koncentrowały się na skali w ocenach „ważne”, „bardzo ważne”, „niezbędne”.

Kompetencje specyficzne dla dziedziny zdrowia publicznego

Zostały one przez badanych ocenione nieco niżej niż ogólne – najwyższa średnia wyniosła 4,14. W przypadku kompetencji z tej grupy – odpowiadający przyznali przede wszystkim wartości: „ważne” i „bardzo ważne”.

Tabela 8

Rozkład odpowiedzi dotyczących oceny kompetencji specyficznych

Lp.	Lista kompetencji	Średnia	Rozkład odpowiedzi					Suma odpowiedzi
			Mало ważna	Dosyć ważna	Ważna	Bardzo ważna	Niezbędna	
1	Rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych.	4,14	0	2	12	29	16	59
2	Zastosowanie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego do analizy problemów zdrowotnych i społecznych.	3,99	1	3	7	26	22	59
3	Opracowanie strategii i wdrażania rozwiązywania problemów zdrowotnych i społecznych.	3,95	1	2	6	23	27	59
4	Zastosowanie wiedzy uzyskanej podczas studiów do wymogów zajmowanego stanowiska.	3,93	0	1	19	22	17	59
5	Planowanie i zarządzanie projektem.	3,82	2	7	12	27	12	60
6	Rozumienie wpływu polityki zdrowotnej na zdrowie obywateli.	3,80	3	7	17	22	11	60
7	Przekazywanie informacji z dziedziny zdrowia publicznego i edukowanie.	3,79	3	9	13	24	10	59
8	Zbieranie i wykorzystywanie informacji z różnych dziedzin zdrowia publicznego.	3,75	1	11	18	19	11	60
9	Pozyskiwanie i wykorzystanie danych epidemiologicznych.	3,65	9	7	26	14	3	59
10	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat zachowań warunkujących zdrowie.	3,61	3	5	21	24	6	59
11	Wykorzystanie informacji pochodzących z badań naukowych do analizy problemów zdrowotnych i społecznych.	3,60	2	7	17	22	12	60

12	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat psychospołecznych czynników warunkujących zdrowie.	3,58	2	3	15	29	10	59
13	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat ekonomicznych uwarunkowań zdrowia.	3,58	2	5	21	23	8	59
14	Współpraca z mediami i upowszechnianie idei zdrowia publicznego.	3,47	3	10	18	21	7	59
15	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat środowiskowych fizycznych i biochemicznych czynników warunkujących zdrowie.	3,47	7	10	21	17	4	59
16	Umiejętność reprezentowania i argumentowania w imieniu klienta.	3,45	0	4	13	25	16	58

Z analizy wynika, że pracodawcy reprezentujący pomoc społeczną najbardziej cenili sobie pracownika, który:

- rozumie bieżące problemy zdrowotne i społeczne – średnia 4,14,
- potrafi zastosować wiedzę z zakresu zdrowia publicznego do analizy tych problemów – średnia 3,99,
- umie opracować strategię rozwiązywania i wdrażania problemów zdrowotnych i społecznych – średnia 3,95,
- umie stosować wiedzę uzyskaną w czasie studiów do wymogów zajmowanego stanowiska – średnia 3,93.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że w zestawie kompetencji specyficznych średnie obliczone ze wszystkich wartości ocen przypisywanych przez pracodawców kompetencjom objętych badaniem ankietowym są niższe niż w przypadku kompetencji ogólnych i behawioralnych/interpersonalnych. W zestawie znalazły się 3 kompetencje, które uzyskały najniższe średnie: „współpraca z mediami w upowszechnianiu idei zdrowia publicznego” – średnia 3,47, „pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat środowiskowych fizycznych i biochemicznych czynników warunkujących zdrowie” – średnia 3,47 oraz „umiejętność reprezentowania i argumentowania w imieniu klienta” – średnia 3,45.

Kompetencje behawioralne/interpersonalne

Respondenci w większości uznali te kompetencje za „niezbędne” lub „bardzo ważne”.

Najbardziej oczekiwanymi przez pracodawców umiejętnościami były:

- umiejętność współpracy w zespole – średnia 4,28 (90% ocen „niezbędne” lub „bardzo ważne”),
- skuteczne komunikowanie się – średnia 4,21 (88,5% ocen „niezbędne” lub „bardzo ważne”),
- świadomość konsekwencji własnego postępowania dla innych osób – średnia 4,08 (83,6% ocen „niezbędne” lub „bardzo ważne”).

W tej grupie kompetencji interesujący rozkład odpowiedzi uzyskała czwarta na liście kompetencja – „nawiązywanie kontaktów i podtrzymywanie relacji”; średnia 4,02, ale 85% ocen „niezbędne” lub „bardzo ważne”.

Ponad 80% respondentów ceniło u pracownika także umiejętność „radzenia sobie z konfliktem oraz umiejętność mobilizowania społeczności i organizacji do rozwiązywania problemów zdrowotnych i społecznych”.

Podsumowanie

Wyniki wskazują, iż w kategorii kompetencji behawioralnych/interpersonalnych uzyskano najniższą rozpiętość pomiędzy średnimi – od 3,61 do 4,28, w porównaniu do ogólnych/podstawowych, gdzie rozpiętość pomiędzy średnimi wynosiła od 3,36 do 4,52 oraz kompetencji specyficznych, gdzie rozpiętość pomiędzy średnimi wynosiła od 3,47 – 4,14. Można więc stwierdzić, iż respondenci cały zestaw kompetencji behawioralnych uważali za co najmniej „bardzo ważny”.

Tabela 9

Rozkład odpowiedzi dotyczących oceny kompetencji behawioralnych/interpersonalnych

Lp.	Lista kompetencji	Średnia	Rozkład odpowiedzi					Suma odpowiedzi
			Mало ważna	Dosyć ważna	Ważna	Bardzo ważna	Niezbędna	
1	Umiejętność współpracy w zespole.	4,28	1	1	3	21	34	60
2	Umiejętność skutecznego komunikowania się.	4,21	0	1	5	23	31	60
3	Świadomość konsekwencji własnego postępowania.	4,08	0	1	7	28	23	59
4	Nawiązywania kontaktów i podtrzymywania relacji.	4,02	1	1	6	26	26	60
5	Radzenie sobie z konfliktem.	3,94	0	2	8	28	21	59
6	Umiejętność mobilizowania społeczności i organizacji do rozwiązywania problemów zdrowotnych i społecznych.	3,91	0	3	7	31	19	60
7	Umiejętność przekonywania.	3,86	0	1	18	21	19	59
8	Umiejętność negocjacji i mediacji.	3,85	0	3	5	28	24	60

9	Umiejętność współpracy międzysektorowej.	3,84	1	1	14	27	17	60
10	Umiejętność oceny potrzeb klienta i wspierania go w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych i społecznych.	3,78	0	2	7	20	29	58
11	Dzielenie się wiedzą i doświadczeniem.	3,62	0	6	19	26	8	59
12	Umiejętność wspierania inicjatyw innych osób, grup, instytucji.	3,61	0	1	18	32	9	60

Podsumowanie

Instytucja pomocy społecznej została wyodrębniona ze struktury opieki zdrowotnej w 1990 roku. Rozwój tej instytucji w głównej mierze uzasadniają dwa procesy: rozwój bezrobocia i jego konsekwencje w postaci ubóstwa oraz wzrost liczby kategorii osób niepełnosprawnych, których potrzeby nie mieszczą się w zakresie pomocy instytucji opieki zdrowotnej.

Stosunkowo dużo, bo 24 respondentów wskazało pozycje/role, których absolwent tego kierunku nie może podjąć, gdyż nie jest do nich przygotowany albo jego zatrudnienie byłoby nielegalne w świetle regulacji ustawy o pomocy społecznej. Odpowiedzi te mogą sugerować niewielką wiedzę respondentów o programie kierunku: zdrowie publiczne i/lub chęć zasygnalizowania braku specjalistów, o których trudno w małych i średniej wielkości miastach.

Charakterystyka przewidywanych pozycji/ról dokonana na podstawie 47 odpowiedzi respondentów wykazała, iż przewidują oni zatrudnienie absolwenta kierunku: zdrowie publiczne w dwóch rolach zawodowych – jako planisty – 14, jako koordynatora – 10 odpowiedzi. Kompetencje, które wybrali pracodawcy reprezentujący instytucję pomocy społecznej, tworzą spójny profil i korespondują z przewidywanymi rolami zawodowymi. Warto zauważyć, że większość badanych uznała, że kompetencje zamieszczone w przedstawionym im kwestionariuszu ankiety są „ważne”, „bardzo ważne” lub „niezbędne”.

Bibliografia

1. Bik B., *Koncepcja promocji zdrowia* [w:] A. Czupryna, S. Poździejch, A. Ryś (red.), *Zdrowie publiczne*, Kraków 2000.
2. Blane D., *Inequality and Social Class* [w:] *Sociology as Applied to Medicine*, London 1995.
3. Blaxter M., *Health and Life Styles*, London–New York 1990.
4. Boczoń J., Toczyński W., Zielińska A., *Natura i kwestia ubóstwa*, Gdańsk–Warszawa 1991.
5. Bracht N., *Health Promotion at the Community Level*, Newbury Park 1990.

6. Czekaj K., Gorlach K., Leśniak M., *Labirynty współczesnego społeczeństwa. Kluczowe problemy społeczne w kształceniu pracowników socjalnych*, Warszawa 1996.
7. Diagnoza społeczna 2000 (praca zbiorowa). Rada Monitoringu Społecznego. W.Sz.P.T.W.P. Rada Główna PTS – BbiAS, Warszawa 2001.
8. Fitzpatrick R.M., *Society and Changing Patterns of Disease* [w:] *Sociology as Applied to Medicine*, London 1995.
9. Golinowska S., *Polityka społeczna. Koncepcje – instytucje – koszty*, Warszawa 2000.
10. Golinowska S., Hagermayer K., *Społeczne wydatki w Polsce z odniesieniem do innych krajów. Projekt badawczy zamawiany KBN Nr 02507. „Polityka społeczna państwa w procesie przebudowy ustroju i systemu społeczno-gospodarczego”*, IPiSS, Warszawa 1999.
11. Goodman N., *Wstęp do socjologii*, Poznań 1997.
12. Green L.W., Kreuter M.N., *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Mountain View, California 1991.
13. Labonte R., *Health Promotion and Empowerment: Practice Frameworks*, Centre for Health Promotion, University of Toronto, Issues in Health Promotion, 3/1993.
14. Locker D., *Social Casues of Disease* [w:] *Sociology as Applied to Medicine*, London 1995.
15. Monitoring oczekiwanych efektów i korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996–2005. Raport za 1999 r. Ministerstwo Zdrowia. Państwowy Zakład Higieny. Biuro Koordynatora ds. Monitoringu NPZ. Warszawa 2000.
16. Narodowy Program Zdrowia 1996–2005. Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia. MZIOS, Warszawa 1996.
17. Ostrowska A., *Elementy kultury zdrowotnej społeczeństwa polskiego*, Warszawa 1980.
18. Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie*, Warszawa 1999.
19. Przewoźniak L., *Społeczne przyczyny choroby* [w:] A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś (red.), *Zdrowie publiczne*, Kraków 2000.
20. Przewoźniak L., *Społeczne i ekonomiczne uwarunkowania stanu zdrowia* [w:] A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś (red.), *Zdrowie publiczne*, Kraków 2000.
21. Rocznik Statystyczny RP, Warszawa 2001.
22. Raport 1993. Sytuacja demograficzna Polski. Komisja Rządowa d/s koordynacji działań międzyresortowych w zakresie polityki ludnościowej. C.U.P., Warszawa 1993.
23. Targets for health for all. The health policy for Europe. Updated edition, September 1991, WHO, Copenhagen 1986.
24. Włodarczyk W.C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź–Kraków–Warszawa 1996.
25. Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa–Kraków 2001.